Rok XXXII. Kraków, 26. Sierpnia 1893. Nr. 34.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiel. prof. Dra Madurowicza.

Przyczynek do cięcia łonowego (*symphyseotomia*).

Podał
Dr. M. Cercha,
I-szy asystent kliniki.

Minęły już, dzięki postępowaniu przeciwgnilnemu czasy, gdy ciężarne, szukające pomocy w zakładach położniczych, z obawą oczekiwały dnia porodu, gdy, mimo nieraz prawidłowego przebiegu, ginęły z gorączki połogowej, która dziesiątkowała położnice, osoby młode i zdrowe. Dziś ciężarna może ze spokojem oczekiwać chwili, w której ma spełnić wielkie powołanie kobiety, chwili, w której ma zostać matką. Mimo jednak tych świetnych zdobyczy i tryumfów, jakie nauka lekarska, jakie część jej operacyjna święci w dzisiejszych czasach, niejednokrotnie musi jeszcze niewiasta życie płodu swojem własnem opłacać a to wtedy, gdy skutkiem znaczniejszego niestósunku porodowego, poddać się musi zabiegowi operacyjnemu, który ma na celu rozwiązać matkę, ale zarazem ocalić i płód. Mam tu na myśli tego rodzaju niestósunek, gdzie płód żywy drogami naturalnemi urodzić się nie może, jedynie tylko płód pomniejszony. Jeżeli ścieśnienie przewodu rodnego jest tego rodzaju, że nawet pomniejszonego płodu nie można wydobyć bez narażenia matki na niebezpieczeństwo utraty życia, to położnikowi pozostaje jedna tylko droga, t. j. cięcie cesarskie, bez względu czy płód jest żywy, czy nie; operacya ta, bardzo dawna, zawsze w tych razach była wskazaną i wykonywaną, jak o tem wiemy z historyi położnictwa, wyniki jednak były dla matki bardzo niepomyślne. Jestto cięcie cesarskie wykonywane ze wskazania bezwzględnego, kiedy ścieśnienie przewodu kostnego jest takie, że najkrótszy wymiar wynosi mniej niż $5\frac{1}{2}$ cm.

Z biegiem czasu a mianowicie już w drugiej połowie naszego wieku, dzięki ulepszeniu metod cięcia cesarskiego podanemu przez Porrę (1876) we Włoszech, który ogłosił sposób swój cięcia cesarskiego z wycięciem macicy, dzięki Saengerowi i Leopoldowi, których nazwiska w historyi cięcia cesarskiego złotemi zapisane są głoskami a którzy przez podanie ulepszonego sposobu zeszycia macicy, wprowadzili tę, dotąd taki postrach wzbudzającą operacyę, na nowe tory i wywalczyli jej prawo obywatelstwa, skoro się przekonano, że wyniki tej operacyi mogą iść w zawody z innemi tego rodzaju zabiegami położniczemi, wskazania do cięcia zaczęto rozszerzać i robiono je i tam, gdzie płód żywy pomniejszony mógł się urodzić. Dla ominięcia więc wymóżdżenia na płodzie żywym robiono cięcie cesarskie w tym przypadku dla wskazania względnego, oczywiście tylko wtedy, gdy czas do wzniecenia porodu przedwczesnego minął, t. j. z końcem ciąży. Sposobu tego używano przy miednicach ścieśnionych, gdzie najmniejszy wymiar wynosił $8\frac{1}{2}$—$5\frac{1}{2}$.

Mimo pomyślnych wyników, jakie otrzymywali niektórzy operatorowie w dobrze urządzonych zakładach, gdzie dały się przeprowadzić wszelkie wymagania postępowania przeciwgnilnego i bezgnilnego, zawsze cięcie cesarskie pozostało operacyą bardzo ciężką, na którą nie każda pisała się niewiasta. Nawet tacy operatorowie, którzy zakreślali najszersze pole wskazań cięciu cesarskiemu, jak n. p. Leopold, zawsze uważają otwieranie dwóch dróg nienaturalnych, t. j. jamy brzusznej i macicy za zabieg nader niebezpieczny i chętnie też zastąpiliby go innym, gdyby tylko wyniki były równie dobre. I tak mówi Leopold: „*So nothwendig der Kaiserschnitt bei unbedingter Anzeige ist, in den Fällen von bedingter Anzeige, von jeher, als ein höchst misslicher Nothbehelf gegolten und immer wieder die Aufmerksamkeit auf die geschickte Verwerthung der natürlichen Geburtswege gelenkt*“ [1]).

To też, jak dawniej kruszono kopie w obronie cięcia cesarskiego, tak dziś skoro się na horyzoncie pojawiła inna gwiazda a raczej weszła na nowo, dziś wszyscy z gorączkowym pośpiechem pełni entuzyazmu dla nowej lub raczej

[1]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 30. 1892.

wznowionej operacyi, chcą ograniczyć *ad minimum* wskazania do cięcia cesarskiego ze wskazania względnego a zastąpić je nie równie łatwiejszem i mniej niebezpiecznem cięciem łonowem (*symphyseotomia*). Gdy ten zabieg, dziś modny, coraz większe zyskuje uznanie, nawet między tymi, co pisząc prace o operacyach położniczych albo go pominęli, albo potępili, godzi się pokrótce wspomnieć o jego historyi.

Pierwszą myśl przecinania spojenia łonowego podał we Francyi w 1774 r. Sigault, naówczas jeszcze student uniwersytetu paryskiego a w czyn ją wprowadził w r. 1777 w Paryżu. Historya jednak wspomina, że już starożytni wiedzieli, że pierścień miedniczy kostny pod koniec ciąży i podczas porodu może się nieco rozszerzyć pod wpływem napierającej części poprzedzającej, ba, nawet przecinać miano dziewczętom spojenie łonowe, aby im ułatwić sprawę porodu. Zdaje się, że Sigaultowi wzmianki te historyczne obcemi nie były. Po wykonaniu tej operacyi, po której matka i dziecko wyszły cało, Sigault stał się przedmiotem owacyi a wielu położników wykonało ją po nim z mniej lub więcej pomyślnym wynikiem.

O dalszym losie tego zabiegu rozstrzygnął słynny Baudelocque, który wydał o nim bardzo niekorzystny sąd, twierdząc, że albo matkę ocala się kosztem życia dziecka, lub dziecko kosztem życia matki; tam zaś, gdzie ocalono obydwoje, cięcie łonowe było zbyteczne; dalej zarzucał operacyi, że jeżeli osiągniemy dostateczny rozstęp, natenczas pękają więzadła krzyżowo-biodrowe a nawet stawy; tam zaś, gdzie tego niema, rozstęp jest za mały, aby przy znacznem ścieśnieniu wydobyć płód żywy; nadto obrażenia pęcherza, pochwy, sromu są następstwem tej operacyi.

Za Baudelocquem poszli inni i tak operacya Sigaulta poszła naprzód na tej ziemi, na której się zrodziła, prawie na całe sto lat w zapomnienie. W całej Europie potępiano ją tak, jakby już nigdy więcej nie miała podźwignąć głowy. Wszyscy autorowie, piszący podręczniki lub dzieła o operacyach położniczych, z pewną nawet dozą ironii wyrażają się o tej operacyi i tylko wspominają o niej ze stanowiska historycznego.

Dosyć wymienić nazwiska Baudelocqua, Dubois, Dezormeaua we Francyi, Negelego, Kiliana, Scanzoniego, Siebolda, Fritscha, Kehrera w Niemczech; wszyscy oni wyrażają się o operacyi nieprzychylnie.

We Włoszech tylko przez całą setkę lat pozostał zabieg ten w spisie operacyj położniczych, co więcej, tu właściwie został po raz pierwszy na żywej osobie wykonany. Domenico Ferrara bawiący w r. 1774 w Paryżu, posłyszał z ust Sigaulta o cięciu łonowem i zaraz po powrocie wykonał je z pomyślnym wynikiem na ziemi włoskiej. Wytrwałość Włochów, ich badanie i doświadczenie dokonane na trupach, jak również pomyślne wyniki operacyj w szkole neapolitańskiej, na czele której stoją Moricani, Spinelli i Novi, sprawiły to, że od niedawna zabieg ten stał się przedmiotem roztrząsań naukowych, doświadczeń i badań nowych, stał się głównym tematem zjazdów ginekol. i ogólno lekarskich (Wrocław, Rzym 1893) i że z każdym dniem zyskuje coraz to nowych zwolenników między położnikami, że zabieg ten zapomniany, zrobił wielki przewrót w nauce o operacyach położniczych i ma wyrugować w zupełności wymóżdżenie na płodzie żywym a ograniczyć znacznie cięcie cesarskie ze wskazania względnego.

W ostatnich latach, gdy operacya ta we Włoszech narobiła rozgłosu, i Francya znowu zwróciła na nią uwagę i pracuje nad tem, aby jej zapewnić niczem nie odebrane laury zwycięstwa. W tej pracy najbardziej czynni są: Charpentier, Pinard, Varnier, Farabeuf. I Niemcy także nie pozostali w tyle za innymi; tu nawet ci, co przedtem należeli do zwolenników cięcia cesarskiego, przyznają dziś cięciu łonowemu wiele zalet i wykonywają je, wydając bezstronny sąd o wartości operacyi. Leopold, Freund, Zweifel, Wehle, Müllerheim i inni opisali przypadki cięcia łonowego, w których otrzymali pomyślne wyniki.

Dziś prawie każdy dzień przynosi nam nowe spostrzeżenia; kliniki, jakby na wyścigi, jedna przed drugą chcą zebrać doświadczenia i na tej podstawie wydać wyrok a tem samem przyczynić się do ujęcia w pewną całość zaokrągloną wskazań i przeciwwskazań do wykonania cięcia łonowego. Tym tylko sposobem przejdzie zabieg przez próbę ogniową i albo z niej wyjdzie zwycięsko, albo, tak jak to z wieloma dzieje się nowościami, zostanie tylko po niem wspomnienie.

Każdy też choćby najmniejszy przyczynek należy notować chętnie i skrzętnie; statystyka bowiem jedynie wykaże nam niezaprzeczenie, czego się po operacyi spodziewać należy. Z niej przekonamy się o tem, jakie i kiedy właściwie istnieje wskazanie do operacyi; ona zakreśli tej operacyi pewne granice, których przekraczać się nie godzi, jeżeli nie chcemy albo matki poświęcić, albo narazić się na zarzut, że operowaliśmy tylko dlatego, aby operować. Dziś jest ona jeszcze za szczupłą; jednak, jak dotąd przedstawia się bardzo pomyślnie. Co będzie dalej, czas najlepiej okaże.

Aby módz choć w przybliżeniu postawić jakieś punkta odnoszące się do wskazań, muszę tu wspomnieć o zapatrywaniach się pod tym względem przynajmniej wybitniejszych operatorów od czasu powstania operacyi aż do dni ostatnich.

Ferrara i Sigault nie określają ściśle wskazań; wykonywali oni cięcie łonowe w takich przypadkach, w których poprzednie porody odbywały się bardzo ciężko a dzieci zawsze były nieżywe; były to więc przypadki znaczniejszego niestósunku porodowego.

Ponieważ zabieg przez następny szereg lat poszedł w zapomnienie, przeto też nikt nie zastanawiał się nad wskazaniami i w podręcznikach czyta się zwykle, że tam, gdzie trzeba przystąpić do wymóżdżenia na płodzie żywym, można wykonać cięcie cesarskie dla wskazania względnego, albo operacyę polegającą na przecięciu spojenia łonowego, lecz zaraz znajduje się mały dodatek, że ten ostatni zabieg raz już powinien być wyrugowanym z liczby operacyj położniczych. Ponieważ tylko Włosi pracowali wytrwale i nie dali się odstraszyć i ponieważ neapolitańska szkoła jest tem schroniskiem, w którem zabieg się ostał, przeto z tej szkoły wyszły poglądy oparte na doświadczeniu a ztąd szkoła ta zakreśliła ściślejsze granice, w których zabieg można wykonać z pomyślnym wynikiem dla obu istot.

Za Moricanim, przedstawicielem poglądów uniwersytetu i za Novim, przedstawicielem poglądów szpitalnych w Neapolu — poglądy te różnią się od siebie nieco co do rozciągłości granic wskazań — poszli dopiero Francuzi i Niemcy, którzy ogłaszając przypadki operowane, dodawali ze swej strony pewne uwagi, mające na celu albo ugruntowanie poglądów autorów włoskich, albo też ograniczenie i ścieśnienie granic wskazania.

Zapatrywania się na cięcie łonowe i wskazania do niego szkoły neapolitańskiej, przedstawił w pracy swej Charpentier (*De la symphyséotomie. 1892*), przy czem przedstawił nam wogóle postępowanie przy niestósunku porodowym. W pracy tej, która jest wynikiem pobytu jego we Włoszech, gdzie miał sposobność w rozmowie poznać poglądy Moricaniego i Noviego, gdzie naocznie przekonał się o wynikach po tej operacyi, przytacza on w zwężeniach miednicy dwa rodzaje przypadków.

1) Skoro ciąża nie dobiegła do kresu, należy wywołać poród przedwczesny w okresie, gdy płód zdolny już jest do życia pozamacicznego. W ten sposób ocalamy dziecko, matkę zaś uwalniamy od następstw, jakie towarzyszą długotrwałemu porodowi.

2) Jeżeli poród odbywa się na czasie a kleszczami lub obrotem nie można go ukończyć pomyślnie, to albo należy płód pomniejszyć albo wykonać cięcie cesarskie. Pomniejszając płód, ratujemy matkę kosztem życia dziecka; cięcie cesarskie zaś, mimo znakomitych ulepszeń, zawsze pozostanie operacyą poważną (9% śmiertelności Leopold).

Ideałem naszych dążeń powinna być, mówi Charpentier, operacya pozwalająca uratować i dziecko i matkę. Operacyi takiej dziś nie mamy, ale mamy coś bardzo do niej zbliżonego, t. j. c i ę c i e ł o n o w e.

Jeżeli cięcie łonowe ma spełnić swoje zadanie, to należy się zapytać, czy po jego wykonaniu rozmiary miednicy się powiększają? Że tak jest, to mamy dowód w pracach Bouchacourta, Pinarda, Palossana, Varniera i Farabeufa. — Udowodnili oni na zwłokach kobiet, że po przecięciu spojenia wszystkie wymiary i wchodu i jamy miednicy małej się powiększają.

Pinard na podstawie swych badań przyszedł do następujących wniosków, które zbiły dumne zapatrywania wypowiedziane przez Baudelocqua.

1) Powiększenie wymiarów miednicy po przecięciu spojenia łonowego jest dosyć znaczne.

2) W pewnych granicach i umiejętnie wykonane cięcie łonowe, nie wywołuje szkodliwych następstw, szczególnie pęknięcia stawów krzyżowo-biodrowych.

Teraz powracam do wskazań, jakie zakreśla szkoła neapolitańska dla cięcia łonowego i do różnicy, jaka zachodzi między uniwersytetem a szpitalem.

Moricani, przedstawiciel uniwersytetu, jako granicę, w której można wykonać z pomyślnym skutkiem cięcie łonowe, stawia miednice, których wymiar prosty wchodu wynosi 8·8—6·7 a nawet 6·5 cm. Poniżej tej granicy wykonywa on cięcie cesarskie; jest to zasada, od której pod żadnym nie odstępuje warunkiem. Novi, przedstawiciel szpitala, idzie dalej i robi operacyę jeszcze tam, gdzie wymiar prosty wynosi 5·4 cm. Nadto chętnie łączy cięcie łonowe z wywołaniem przedwczesnego porodu lub wymóżdżenie z cięciem łonowem, gdy płód jest nieżywy, aby ominąć cięcie cesarskie. Obydwaj jednak godzą się na to, że miednica nie powinna być zbyt ścieśniona, bo wtedy, nawet po dokonaniu cięcia łonowego, operacya kleszczowa lub wydobycie płodu za nóżki, pozostaną tak dla matki jak i dla płodu niebezpieczne, nie osiągniemy więc zamierzonego celu; z drugiej strony musi istnieć pewnego stopnia ścieśnienie, aby operator nie naraził się na zarzut, że dokonał cięcia łonowego tam, gdzie poród odbyć się mógł siłami natury lub innym łatwiejszym zabiegiem. Dziecko naturalnie powinno być żywe, bo cięcie łonowe ma na celu ocalenie płodu.

To byłyby mniej więcej zasady wskazań szkoły neapolitańskiej. A teraz muszę przytoczyć zdania autorów i operatorów innych, którzy, może z mniejszym entuzyazmem, i powiem, z pewnem niedowierzaniem przystępowali do operacyi a przez to sąd ich o zabiegu możemy uważać za bezstronny. (C. d. n.)

II. Osutki jodowe.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

(Dok. Patrz Nr. 33).

d) O s u t k a j o d o w a z g u z ó w i n a c i e k ó w u s a d o w i o n y c h w s k ó r z e z ł o ż o n a (*dermatitis tuberosa*), od niedawnego dopiero czasu opisana i w ostatnich latach dość często napotykana sadowi się w rozmaitych okolicach ciała; najczęściej jednak siedliskiem jej bywa skóra twarzy i odnóg dolnych. Rozmaitej wielkości, postaci i kształtu guzy i nacieki jodowe wielce przypominają guzy rumienia węzłowatego (*eryth. nodosum*), często ulegają wessaniu, niekiedy jednak przetwarzają się w ropnie lub narośle brodawczate, rzadziej zaś ulegają owrzodzeniu; wymienione wyrzuty w rzadkich przypadkach sadowią się pod skórą; najczęściej w tkance skóry właściwej i pozostawiają zwykle po sobie ciemno brunatne plamy, rzadziej blizny.

e) O s u t k a j o d o w a k r w o t o c z n a przyłącza się zwykle do innych postaci osutki jodowej, rzadziej zaś występuje samoistnie, znamionując się wtedy pojawianiem się na skórze licznych plamek krwotocznych ciemnoczerwonej lub fiołkowej barwy, nie znikających pod uciskiem palca; osutka plamkowa krwotoczna zajmuje większe obszary skóry i przeważnie napotyka się u osób osłabionych, wycieńczonych, niedokrewnych, schorzałych. Zwykle występuje już po zadaniu małych dawek przetworu jodowego; ulubionem siedliskiem krwotocznej osutki jodowej bywają odnogi dolne; rzadziej zaś występują wyrzuty na tułowiu i górnych odnogach lub też zajmują całe ciało. W niektórych przypadkach osutki jodowej pokrzywczanej, grudkowej, krostkowej i guzowej niektóre wyrzuty miejscami przeobrażają się w krwotoczne; treść wtedy bąbli, pęcherzy, guzów i krostek zmieszaną jest z ciemną krwią; rzadziej zaś wykwity grudkowo-krostkowe i guzowe powstają na powierzchni plam krwotocznych.

Najczęściej osutce jodowej wcale nie towarzyszą żadne o g ó l n e o b j a w y; w niektórych jednak przypadkach rozległej osutki poprzedza ją lub towarzyszy jej przez 2—3 dni gorączka, bóle głowy i w członkach, brak apetytu, przyspieszenie tętna itd. Osutka jodowa rzadko też niepokoi chorego; niekiedy jednak wyrzuty rumieniowe, pokrzywczane lub pęcherzycowe wywołują uczucie pieczenia lub swędzą.

P r z e b i e g o s u t e k j o d o w y c h, najczęściej łagodny, wcale nie zagraża ogólnemu stanu zdrowia chorego. Napotykają się jednak przypadki, w których rozległa osutka pęcherzycowa lub guzowa może sprowadzić znaczne wycieńczenie ustroju, a nawet i śmierć, co jednak zdarza się tylko wtedy, gdy u chorych obok zmian na skórze znajdują się poważne przewlekłe zboczenia i zwyrodnienia nerek, serca lub innych ważnych organów wewnętrznych (przypadki B e r g a, M a c k e n z i e g o, M e q u i r a, H a l l o p e a u a, P e l l i z z a r e g o, W o l f f a i M o r r o w a).

Rozróżnienie osutek jodowych od rozmaitych innych chorób skórnych nie jest zawsze łatwe wobec wielopostaciowości wyrzutów jodowych, jakoteż wskutek podobieństwa niektórych wykwitów do osutek kiłowych, z któremi tembardziej łatwo można pomieniać wyrzuty kiłowe, że zwykle przetworów jodowych używa się w kile a więc nierzadko można napotkać na skórze osoby kiłą nawiedzonej, poddanej leczeniu jodowemu, sąsiadujące z sobą wykwity kiłowe i jodowe. Oprócz tego, osutkę jodową trudno niekiedy odróżnić od trądzika pospolitego (*acne vulgaris*), osutki bromowej, pęcherzycy (*pemphigus vulgaris*), czyraków (*furunculus*), wyprysku (*eczema*), rumienia wielo-postaciowego i węzłowatego (*eryth. multif. et nodosum*), i od *mycosis fungoides;* szczególniej zaś trudno będzie rozpoznać osutkę jodową wtedy, gdy o podawaniu poprzedniem jodu z jakichbądź powodów nic nie wiemy.

Wobec trudności rozpoznania osutek jodowych w niektórych wątpliwych przypadkach wymienimy tu właściwe cechy, wyróżniające osutkę jodową od innych pokrewnych lub podobnych z wejrzenia zboczeń skóry. Osutkę grudkowo-krostkową jodową w początkowym okresie jej rozwoju pomienić niekiedy można z wykwitami trądzika pospolitego, smołowego i krostami bromowemi, tudzież z osutką liszajcową (*impetigo larvata*). Dla rozróżnienia wymienionych chorób skórnych pamiętać należy, iż wyrzutom trądzika pospolitego towarzyszą zwykle inne niezapalne zmiany gruczołów skórnych (*milium, comedo, seborrhoea*); nadto przebieg osutki jodowej bywa zwykle ostry, gdy wykwity trądzika pospolitego pojawiają się peryodycznie i w dość długich odstępach czasu; oprócz tego nie należy też zapominać, iż osutce jodowej z początku towarzyszą często objawy podrażnienia w błonach śluzowych nosa, ust i t. d. Wyrzuty trądzika smołowego występują zwykle gromadnie w rozmaitych okolicach ciała i w każdej krostce z osobna widać na szczycie czarny punkcik, którego w krostkach jodowych nie bywa wcale; osutka zaś bromowa wyróżnia się powolnym przebiegiem i początkowem usadowieniem się wyrzutów w okolicach włosami pokrytych na głowie i odnogach dolnych. Od liszajca odróżnia się osutka krostkowa jodowa pojedynczo rozrzuconymi wyrzutami, które na oko ściśle są ograniczone i nic skupiają się w gromadki; wykwity zaś liszajca naodwrót układają się zwykle w nieregularne gromadki, sadowią się przeważnie na twarzy i otoczone są często mniejszemi krostkami; od wyrzutów trądzika kiłowego (*acne syphilitica*) wyróżniają się krostki jodowe towarzyszącemi im objawami zapalnemi i ostrym przebiegiem; trądzik kiłowy sadowi się na rozmaitych okolicach tułowia i odnóg, układając się zwykle w gromadki, złożone z rozmaitej wielkości krostek i tworzące koła, obrączki, półkola i t. p. regularne figury; osutka zaś jodowa krostkowa znamionuje się rozrzuconemi przeważnie w górnej połowie ciała wyrzutami, nie występuje gromadnie i nie układa się nigdy w regularne postacie i figury.

Plamistą rumieniową postać osutki jodowej, tudzież plamicę krwotoczną jodową łatwo pomieniać z wykwitami rumienia wielopostaciowego i plamami *purpurae haemorrhagicae,* gdyż morfologiczne wejrzenie wymienionych osutek jest jednakie; zmiany te można rozróżnić jedynie, posługując się wywiadami i szybkim przebiegiem właściwym plamistym postaciom schorzenia jodowego skóry.

Pęcherzycowa i guzowa postać osutki jodowej są najtrudniejsze do rozpoznania; na dowód mogą służyć liczne przypadki, w których cierpienie skóry jodowe rozpoznano i leczono jak osutkę kiłową, dalej Bergh opisał wyrzuty guzkowo-pęcherzycowe jako nieznaną dotąd nową postać cierpienia skórnego pod nazwą *pessena.* Guzy i nacieki osutki jodowej są podobne do czyraków, ognika, guzów rumienia węzłowatego, nowotworów i nacieków *mycosis fungoides* lub też do kilaków; cechują się jednak wykwity osutki guzowej jodowej wielopostaciowością i obecnością objawów zapalnych, których brak nowotworom i kilakom skórnym; ostry zaś przebieg pęcherzycy jodowej i umiejscowienie się przeważnie na twarzy i górnych odnogach odróżniają ją od zwykłej pęcherzycy (*pemphigus vulgaris*), nadto osutce pęcherzycowej jodowej już z początku towarzyszą zwykle ogólne objawy (gorączka, upadek sił i t. d.). Nadmienić tu jednak należy, że w braku dokładnych wiadomości z anamnezy o zażywaniu poprzednio jodu, jakoteż w przypadkach mięszanej osutki jodowo-kiłowej rozróżnić obie postacie bardzo trudno. Dopiero dalszy przebieg objawów skórnych i skutki leczenia naprowadzają nas na prawdziwą drogę; w niektórych zaś przypadkach osutki nie rozpoznaje się wcale. Pęcherzycę jodową łatwo też pomieniać w początkowym jej okresie z wykwitami ospy; tem bardziej pomyłka jest tu możebna, gdyż wyrzutom pęcherzycy jodowej towarzyszą często ogólne objawy, pęcherze zaś sadowią się przeważnie na twarzy, co też spostrzega się w osutce ospowej.

Patogeneza powstawania osutki jodowej pomimo tego, iż kazuistykę w tym względzie dość licznie opracowano, jest dotychczas bardzo mało rozjaśniona; nie brakuje nam wprawdzie niejakich wskazówek, za których pomocą można nawiązać osnowę okoliczności, wśród jakich powstają w skórze zmiany od jodu. Do dziś dnia panowało przeważnie przekonanie, jakoby przetwory jodowe, wydzielając się przez skórę i zatrzymując się w gruczołach skórnych, wywoływały napływ krwi i podrażnienie w skórze w okolicach gruczołów łojowych, wskutek czego powstają wyrzuty krostkowe i inne. Anatomicznego i chemicznego potwierdzenia owej teoryi dostarczyły poniekąd poszukiwania i badania Adamkiewicza[1]); wykazały one obecność jodu w krostkach jodowych i wydzielinie sąsiednich gruczołów łojowych; dochodząc przyczyny, dlaczego gruczoły łojowe okazują się tak czułemi na działanie jodku potasowego, nabył autor przekonania, że sole jodowe rozkładają się w wymienionych gruczołach i działa tu wolny jod, który jak wiadomo, drażni tkanki. Przypuszczenie to potwierdza się jakoby przez to, iż w wydzielinie gruczołów łojowych (składającej się po części z rozpadu przyskórka) wywiązują się wskutek rozkładu związków białkowych amoniak i kwasy, które swoją drogą rozszczepiają jodek potasowy, wskutek czego otrzymujemy jod wolny, wywołujący podrażnienie zapalne skóry; ułatwia działanie miejscowe jodu jeszcze i ta okoliczność, iż jodek potasowy zatrzymuje się dłużej w gruczołach, gdzie pod wpływem ich treści łatwiej następuje jego rozkład. Niepojawianie się osutki jodowej na dłoniach i podeszwach pozbawionych, jak wiadomo, gruczołów łojowych, przemawia też na korzyść zdania, że osutka jodowa powstaje wskutek wydzielania się jodu przez gruczoły łojowe. Przeciw zdaniu Adamkiewicza świadczą jednak wyniki poszukiwań Ducreya[2]), który nie mógł

[1]) Charité-Annalen. 1878. III. str. 381.

[2]) Rivista internaz. di medicina e chirurgia. 1886. 12. str. 707—709.

wykazać obecności jodu w sąsiadujących z krostkami jododowemi gruczołach łojowych.

Obok teoryi Adamkiewicza, za której pomocą łatwo daje się wytłómaczyć powstawanie na skórze wyrzutów grudkowo-krostkowych (*acne jodica*), przytoczyć tu wypada pogląd przez niektórych autorów wypowiedziany, według którego osutkę jodową należy uważać za jeden z objawów ogólnego zatrucia krwi jodem. Teoryę tylko co wymienioną można zastosować chyba w przypadkach ogólnej, rozległej osutki jodowej lub w takich postaciach cierpienia jodowego skóry, których zmianom w skórze towarzyszy cały szereg objawów ubocznego działania jodu. Zdaniem Besniera należy przypuszczać raczej, iż osutki jodowe powstają drogą odruchową wskutek podrażnienia przewodu pokarmowego lekiem, lecz i tą teoryą nie zawsze da się wytłómaczyć pojawienie się osutki. Ducrey znów przyczyny osutek jodowych upatruje w zboczeniach ośrodków nerwów naczynioruchowych (*angioneurosis*). Pozostają jednak przypadki, w których wyrzuty jodowe występując w rozmaitych okolicach skóry, stopniowo i powoli szerzą się na większe obszary skóry; dla wytłómaczenia powstawania osutki w przypadkach tylko co wymienionych nie wystarcza odruchowa ani angioneurotyczna teorya; natomiast wypada tu raczej przypuścić, iż zboczenia w skórze występują wskutek dłuższego zatrzymywania się i nagromadzania jodu w ustroju; rzeczywiście też w przypadkach odpowiednich (pęcherzyca i guzy jodowe) najczęściej wykazać można głębokie zwyrodnienia nerek, utrudniające wydzielanie się podawanego w większych ilościach jodu (przypadki Bergha, Morrowa i innych).

Co się zaś tyczy przypadków osutki jodowej, powstającej u osób zdrowych zaledwo po jednej lub kilku dawkach przetworu jodowego, trudno ją wytłómaczyć zatruciem krwi wskutek zatrzymania się jodu w ustroju; w podobnych przypadkach pojawienie się wyrzutów jodowych wypadnie chyba złożyć na karb wyjątkowej drażliwości skóry u danego indywiduum wobec działania przetworów jodowych (t. zw. idyosynkrazya).

Zmiany anatomo-patologiczne skóry zajętej osutką jodową były przedmiotem badań Thina[1]), Harrisa i Duckwortha[2]), Pellizzarego[3]), Ducreya[4]), Hallopeau[5]) i Walkera[6]). Badania drobnowidowe Thina tyczące się skóry zajętej wyrzutami pęcherzycowemi, wskutek działania jodu powstałemi, wykazały następne zmiany: skóra pod pęcherzami przedstawiała jednolitą, słabo ziarninową substancyę z rozrzuconemi gdzieniegdzie ciałkami białemi krwi, wokoło zaś spostrzegało się wśród tkanki nagromadzenie komórek zapalnych; włókna z których składają się pęczki tkanki łącznej w skórze, były rozluźnione; ścianki naczyń licznie napotykających się w zajętych okolicach skóry także dotknięte sprawą chorobową, gruczoły natomiast łojowe nie wykazywały żadnych zmian; naczynia krwionośne w sąsiadujących z pęcherzami głębokich warstwach skóry były rozszerzone. Wytwarzanie się pęcherzy odbywa się według Thina w ten sposób, iż naczynia schorzałe pękają, wskutek czego krew wylewając się pomiędzy siatką Malpigiusza a tkanką łączną skóry nagromadza się pod przyskórkiem i podnosi go w postaci pęcherza.

Harris i Duckworth, badając pod drobnowidem krostki jodowe, wykazali, że wyrzuty usadowione były w górnych warstwach skóry; brodawkowaty jej pokład przedstawiał się spłaszczonym i wykazywał gdzieniegdzie wgłębienia; w tejże warstwie wokoło krostek spostrzegało się bujanie komórek zapalnych w postaci licznie rozrzuconych złogów. Naczynia krwionośne w skórze zajętej były wszędzie rozszerzone; znajdujące się zaś w środku krostki naczynia otoczone były nadto szeregami nagromadzonych ciałek białych. Gruczoły łojowe i potne żadnych zmian nie wykazywały. Okolice skóry zajętej sprawą chorobową wyraźnie odgraniczały się od sąsiedniej skóry zdrowej. Zdaniem wymienionych autorów istotę sprawy chorobowej w krostkach jodowych stanowi zapalenie górnych warstw skóry.

Według Pellizzarego główne zmiany w skórze, zajętej osutką bromową, dotyczą gruczołów łojowych i naczyń krwionośnych; wokoło nich bowiem wykazać można nagromadzenie się okrągłych komórek zapalnych.

Ducrey i Hallopeau przypisują naczyniom krwionośnym skóry główną rolę w schorzeniu jodowem skóry. Ostatni nadto zauważył wydłużenie i obrzmienie brodawek skórnych, następnie zgrubienie i wydłużenie pokładów przyskórka w sieci Malpigiusza, co szczególniej jest widocznem w okolicach międzybrodawkowych.

Walker badając skórę zajętą przez postać guzową osutki jodowej, zwrócił uwagę na niezwykły rozrost przyskórka w okolicach schorzałej skóry; tkanka łączna skóry przedstawiała też rozrost i obok tego rozrzucone były wśród niej komórki zapalne; tkanka zaś sprężysta wcale nie przyjmowała udziału w sprawie chorobowej. Naczynia krwionośne i włosowate były rozszerzone; ich zaś ścianki składały się z pojedynczego pokładu komórek przybłonka. W niektórych skrawkach zabarwionych sinkiem metylenowym widać było nagromadzenie wśród łącznej tkanki komórek karmnych (*Mastzellen*), gruczoły łojowe były wypełnione komórkami przyskórka.

Zdaniem Walkera sprawa chorobowa w osutce jodowej powstaje w ten sposób, iż jod przeszkadza przeobrażaniu się tłuszczowemu komórek przyskórka w gruczołach łojowych; ilość więc komórek tłuszczowych zmniejsza się i wreszcie znikają one zupełnie, następnie wśród masy przyskórka nagromadzają się liczne komórki wędrujące (leukocyty), wskutek czego powstają rozrzucone wśród zajętej sprawą chorobową tkanki liczne złogi, ulegające wkrótce zropieniu.

Leczenie osutki jodowej wymaga przede wszystkiem zaprzestania przetworów jodowych; w niektórych mniej groźnych postaciach osutki wystarcza przerwanie leczenia jodowego na pewien tylko czas, poczem znów możemy je stósować dalej; uporczywe zaś postacie wyrzutów jodowych lub rozległa osutka oraz wikłanie się jej z zboczeniami nerek i cierpieniami ważnych organów, wymaga zupełnego zaniechania przetworów jodowych. Niektórzy autorowie, jak n. p. Gemy, utrzymują, iż w przypadkach kiły, znamionującej się groźnymi objawami, dla usunięcia osutki jodowej może wystarczyć zmiana tylko sposobu wprowadza-

[1]) Lancet 1878. II. str. 676.

[2]) British medical Journal. 1878, 7. grudnia; 1879, 31. maja.

[3]) Sperimentale. 1884. Settembre.

[4]) Rivista internaz. di medicina e chirurgia. 1886. 12. str. 707—709.

[5]) Annales de Dermatol. et Syphiligraphie. 1888. str. 284.

[6]) Monatshefte f. prakt. Dermatologie. 1892. XIV. 7. str. 271—274.

nia jodu do ustroju, n. p. zamiast podawania go przez żołądek, należy go zadawać przez odbytnicę, lecz z podobnej rady nie powinniśmy korzystać, ponieważ przetwory jodowe wewnątrz zadawane, czy też inną drogą do ustroju wprowadzone, najczęściej jednakowo źle lub dobrze chorzy znoszą.

Leczenie miejscowe osutki jodowej zależy najzupełniej od stopnia objawów skórnych a także od postaci osutki; zwyczajne wyrzuty grudkowo-krostkowe lub też krótkotrwałe, chociażby i rozległe postacie osutki rumieniowej, bąblicowej lub krwotocznej nie wymagają wcale użycia energicznych środków miejscowych i znikają wkrótce po zaprzestaniu leczenia jodowego tudzież zastósowaniu 1—2 kąpieli mydlanych ciepłych; natomiast zaś wrzodziejące, uporczywe pęcherzycowe wyrzuty potrzebują energiczniejszego leczenia, którego zadaniem jest rozmiękczenie i usunięcie strupów, wypróżnienie pęcherzy i ropni z treści, następnie przyspieszenie resorbcyi wysięków i guzów. Pod tym względem skutecznie działają kataplazmata z mąki ziemniaczanej i roztworzonego kwasu borowego; stósują się też z dobrym skutkiem proszki z salicylanu bismutowego, tlenku cynkowego i łojku lub mączki krochmalowej, z dodatkiem nieco kamfory. Długotrwałe i uporczywe guzy i nacieki ustępują pod wpływem miejscowego działania plastru rtęciowego (*Emph. de Vigo*, *Emph. hydrarg.-carbol.* i t. p.); objawy zaś nerkowe, nierzadko towarzyszące groźniejszym postaciom zajęcia jodowego skóry, wymagają odpowiednich środków.

III. Oceny i sprawozdania.

O śmierci nagłej.

Podał
Dr. Leon Wachholz,
asystent katedry medycyny sąd. w Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33.)

W 11 przypadkach śmierci nagłej, sekcyonowanych w krakowskim zakładzie, wykazano uduszenie się ciałami obcemi jako przyczynę śmierci; z tych w pięciu znaleziono aspirowaną treść wymiocin nawet na przekroju płuc a więc w najdrobniejszych oskrzelkach, w jednym odnoszącym się do noworodka nastąpiło uduszenie przez aspiracyę wód płodowych, w dwóch przypadkach był przyczyną obfity krwotok z jam gruźliczych w płucach; w dwóch przypadkach znaleziono w krtani ciała obce a to mianowicie: w krtani mężczyzny 53let. znaleziono kawał mięsa ugotowanego,który jednym końcem wklinowany pomiędzy więzadła głosowe przytykał szczelnie głośnię, drugim zaś tkwił w gardzielu; w krtani kobiety 63-letniej znaleziono spory kęs bułki, między więzadłami głosowemi. W jednym wreszcie przypadku nastąpiła nagła śmierć w dorożce u kobiety 24 letniej przez uduszenie się skrzepami krwi, która zwolna dobywała się z naczyń przeciętych podczas zabiegu chirurgicznego wewnątrz krtani; denatka oddaliła się zawcześnie po operacyi od lekarza, pomimo przestróg z jego strony.

Ograniczenie powierzchni oddechowej płuc bywa dość częstą przyczyną nagłej śmierci. Zmniejszenie powierzchni oddechowej bywa w przypadkach zapaleń płuc, zwłaszcza u dzieci i starców, w przypadkach odmy piersiowej [1]), znacznych wypocin opłucnowych [2]), wylania się krwi do worków

[1]) Lesser. Vjschr. f. ger. Med. 1888.

[2]) Laborde. La mort subite dans la pleurésie. Schmidts Jahrb. 1892.

opłucnowych przez przebicie tętniaków [1]), jakkolwiek w tym ostatnim razie przyczyną bezpośrednią śmierci staje się nagła a ostra niedokrewność ustroju. Wreszcie zatory większych gałęzi tętnicy płucnej mogą wywołać nagłą śmierć. I tak opisuje Hofmann, przypadek u ciężarnej, której akuszerka wstrzyknęła gorącą wodę do jamy macicy celem spędzenia płodu; skrzepy wodą tą ugotowane dostały się z żył macicznych do tętnicy płucnej i sprawiły nagłą śmierć przez zator. Rolleston opisuje przypadek mięsaka w prawem jądrze z przerzutami w gruczołach jamy brzusznej i z zakrzepicą żyły głównej dolnej (*vena cava inf.*); kawałki oderwane ze skrzepu wywołały nagłą śmierć przez zator prawej gałęzi tętnicy płucnej.

Nierzadko bywa śmierć nagła skutkiem ciężkich zboczeń w sercu i we wielkich naczyniach. Do nich zaliczyć należy pęknięcie tętniaków serca, tętnicy głównej lub płucnej lub innych wielkich naczyń, lub też pęknięcie ich samoistne bez tętniaków. Śmierć następuje w tych przypadkach albo z powodu znacznej niedokrewności ustroju (utrata połowy ilości krwi w ustroju zawartej, staje się śmiertelną dla dorosłego człowieka, u dziecka zaś utrata mniejszej ilości, niż połowa), lub też z powodu zniesienia czynności serca, jeśli krew n. p. z pękniętego tętniaka serca wylewa się do worka osierdziowego i uciska serce[2]).

Samodzielne pęknięcie ścian serca zdarza się najczęściej u ludzi otyłych; u nich bowiem wnika mocno rozwinięta tkanka tłuszczowa podosierdziowa, zwłaszcza w okolicy koniuszka serca i komory lewej w mięsień sercowy, rozrzedza go a wreszcie zastępuje. Ponieważ tkanka tłuszczowa nie jest tak sprężystą i odporną, jak tkanka mięsna, przeto ulega łatwo ciśnieniu krwi i przerywa się. Jednak i z innych powodów może nastąpić pęknięcie serca u ludzi otyłych; nie należy przeto w podobnych przypadkach wyłącznie otłuszczenia serca uważać za przyczynę pęknięcia[3]). Przyczynami pęknięcia może się stać zwyrodnienie włókniste, zwyrodnienie tłuszczowe, nowotwory i pasorzyty mięśnia sercowego[4]).

W latach ostatnich opisał Achalme [5]) przypadek pęknięcia serca, które było następstwem zupełnego zarośnięcia przedniej tętnicy wieńcowej. U osób w wieku podeszłych zdarza się śmierć nagła wskutek pęknięcia tętnicy głównej miażdżycowo zwyrodniałej. Przypadki podobne nie należą do rzadkości. Martin Durr [6]) przytacza przypadek u 87. letniej kobiety, która cierpiąc zaledwie przez kilka godzin na mdłości i bóle krzyżów zmarła nagle. Przy sekcyi znaleziono bardzo znaczne, bo 13 ctm. w obwodzie mające rozszerzenie tętnicy głównej, liczne ogniska miażdżycowe w niej i poprzeczne pęknięcie w ramieniu jej zstępującem, obejmujące śrubowato cały obwód. Również Saguet [7]), Oliver [8]), Muselier [9]) i inni opisują przypadki pęknięć aorty wskutek zmian przeważnie miażdżycowych. — Przypadki tętniaków aorty, które wskutek pęknięcia stały się przyczyną śmierci, opisują w ostatnich czasach: Ehebald [10]) przypadek z przebiciem do połyku, Francis Hawkins [11]) przypadek tętniaka

[1]) Laveran. Anévrysme de l'aorte ouvert dans la plèvre gauche. Gaz. des Hôp. 1891.
Dupasquier et Thiroloix. Artériosclérose génér.; rupture de la poche i t. d. Schmidts Jahrb. 1892.

[2]) Lesser. Vierteljschr. f. ger. Med. 1888.

[3]) Kisch. Plötzliche Todesfälle Fettleibiger. Wien. med. Presse. 1892.

[4]) Eichhorst. Handb. d. spez. Path. u. Ther. I.

[5]) Achalme. Rupture du coeur i t. d. Schm. Jahrb. 1891.

[6]) Martin Durr. Mort subite par rupture spont. i t. d. Arch. gén. de Méd. 1891.

[7]) Rupture spont. de l'aorte d. sa por. intrapéricardiaque. Schm. Jahrb. 1892.

[8]) Dissecting aneurysm of the thorac. itd. Schm. Jahrb. 235.

[9]) Un cas de rupt. spont. de l'aorte abd. 1892.

[10]) Ein Fall von Aneur. Aortae mit Perfor. in d. Oesophagus. Schm. Jahrb. 1892.

[11]) Aneurysms above i t. d. Schm. Jahrb. 1892.

usadowionego w części wstępującej tętnicy głównej i wgłębionego w zatokę Walsalwy, Roux [1]) i inni.

W zakładzie krakowskim znaleźliśmy w 9 przypadkach pęknięcie tętnicy głównej lub jej tętniaków jako przyczynę nagłej śmierci. Przypadki te były następujące: W zwłokach mężczyzny 60-letniego znaleziono po oddzieleniu skóry od szyi znaczne podbiegnięcia krwawe, sięgające aż w głąb do klatki piersiowej. Podbiegnięcia te można było na razie uważać za następstwa urazu. Serce w wymiarze poprzecznym nieco powiększone było w obu komórkach próżne. Ujście tętnicy głównej zwężone; błona jej wewnętrzna miażdżycą dotknięta; w środku łuku pęknięcie jej ściany na 4 ctm. długie. — U 70-letniej kobiety znaleziono przy sekcyi tętniak worczasty, wielkości pięści dorosłego człowieka, znajdujący się na początku łuku tętnicy głównej, zwrócony ku przodowi i górze. Cienkie ściany tętniaka zrosłe z opłucną płuca prawego. W miejscu, gdzie ściana była najcieńszą, było połączenie między wnętrzem tętniaka a jamą opłucnową prawą, która zawierała skrzep krwi, ważący kilogram i krew płynną. Serce było prawidłowe, tętnica główna dotknięta miażdżycą. — Podobny przypadek tyczył się zwłok kobiety l. 47 liczącej, u której znaleziono w części tylnej tętnicy głównej w znacznym stopniu miażdżycą dotkniętej, otwór wielkości półcentówki, prowadzący do jamy opłucnowej lewej, krwią wypełnionej. W trzech przypadkach znaleziono w zwłokach kobiet liczących od 40 do 77 lat życia, pęknięcie tętnicy głównej miażdżycowo zwyrodniałej (2 razy) i jej tętniaka (raz) z wylaniem się krwi do worka osierdziowego. Wreszcie u kobiety 56-letniej znaleziono tętniak ramienia wstępującego aorty, który przebił do tchawicy i stał się przyczyną nagłej śmierci przez uduszenie. W tchawicy, oskrzelach i żołądku znajdywały się skrzepy krwi; płuca były z powodu wetchnięcia w siebie krwi wejrzenia skórę tygrysią przypominającego.

W ostatnich dniach roku zeszłego otrzymał zakład zwłoki wyrobnika 57 lat liczącego, który znosząc lód do piwnicy, doznał nagle mdłości. Wyszedł więc zaraz na ulicę i tu padł nieżywy. Przy sekcyi znaleziono worek osierdziowy wypełniony w całości krwią płynną i niewieloma skrzepami. Serce nie powiększone okazywało liczne skrzepy bezbarwne, połączone ściśle z wśródsierdziem, nadającem mu wejrzenie serca kosmatego (*cor villosum*). Mięsień serca prawego był niejednostajnie zcieńczały z powodu przerostu tłuszczu podosierdziowego szczególnie w okolicy podstawy serca. W przegrodzie przedsionkowej był otwór owalny w całości drożny i otwarty. Zastawki tętnicy głównej, podobnie jak i błona jej wewnętrzna były zgrubiałe i w znacznym stopniu miażdżycą dotknięte. Po rozcięciu tętnicy głównej znaleziono w łuku i części wstępującej kilka tętniaków (około 10) w postaci worczastych zagłębień wielkości, co najwyżej, dużego orzecha włoskiego. Jeden z tętniaków, usadowiony na 4 ctm. powyżej ujścia tętniczego na przedniej ścianie okazywał otwór wielkości ziarna grochu. Otwór ten łączył światło tętnicy głównej z wnętrzem worka osierdziowego. (C. d. n.)

Chirurgia.

F. Winckel: O skutkach trzebienia w rozmiękczeniu kości (*osteomalacia*).

Wiadomo, iż korzystny wpływ trzebienia na rozmiękczenie kości spostrzeżono najpierw w tych przypadkach, gdzie wskutek zwężeń miednicy wskazaną była amputacya ciężarnej macicy i jajników według metody Porry. Fehling też od roku 1876, w którym Porro po raz pierwszy operacyi tej dokonał, po rok 1888 naliczył już 24 przypadki wyleczone. Zadziwiający ten wynik naprowadził w r. 1886 Fehlinga na myśl, iż może samo usunięcie jajników ku temu wystarczy. Pierwsze próby trzebienia miały wynik dodatni; dlatego coraz bardziej zachwycano się tą operacyą i obiecywano sobie w każdym przypadku na pewne skutki pomyślny. Tak różowe zapatrywanie się prostuje Winckel w niniejszej pracy.

Zestawia on wynik z 40 przypadków znanych z literatury i stwierdza fakt, że u operowanych przeważnie już po kilku dniach następowała poprawa, pięć chorych atoli umarło, a mianowicie dwie wskutek zapalenia otrzewnej, trzy niezależnie od zabiegu operacyjnego. Pomijając już ten dość znaczny stosunek śmiertelności i rozpatrzenie się w reszcie przypadków nie uprawnia nas do zbytniego zachwytu. Autor wymaga przede wszystkiem, aby obserwacya chorej po operacyi trwała przynajmniej rok. Pomiędzy zestawionymi 40 przypadkami zaś jest 12 takich, w których od operacyi do ogłoszenia najwięcej upłynęło 3 miesiące. Tych przypadków w ocenianiu operacyi wcale nie uwzględnia autor; wymaga bowiem, co najmniej, rocznej obserwacyi, gdyż poprawa i przy innych sposobach leczenia następuje. Wobec tego niewielką wartość przyznaje i tym przypadkom z swej statystyki, w których upłynęło dopiero 7—9 miesięcy.

Chcąc tedy odpowiedzieć na pytanie, czy trzebienie ma wpływ leczniczy w rozmiękczeniu kości, opiera się tylko na pięciu przypadkach Fehlinga, pięciu Schauty, czterech Chrobaka i dwóch własnych, bo czas obserwacyi trwał od roku do $4^{1}/_{4}$ lat. Wyleczenie zupełne nastąpiło 12 razy a w czterech przypadkach (25 %) tylko poprawa.

W dalszym ciągu zbija autor przypuszczenie Fehlinga, iż przyczyną rozmiękczenia kości jest patologicznie powiększona czynność jajników, wskutek czego następować ma w drodze odruchowej rozszerzenie naczyń w kościach. Następstwem tego jest bierne przekrwienie i powiększanie się chłonienia wytworzonej kości. Po wytrzebieniu natomiast odpada podnieta dla rozszerzaczy naczyń a wskutek tego powstaje zwężenie się naczyń i wyleczenie.

Przypuszczenie to opiera Fehling na tem, iż cierpienie pogarsza się zawsze podczas miesiączkowania i że bolesność kości ustępuje już w kilka dni po operacyi. (Bliższych szczegółów nie podaję, bo je czytelnik zna z prac w *Przeglądzie lekarskim* umieszczonych, a mianowicie: S. Brauna z kliniki prof. Madurowicza o rozmiękczeniu kości i t. d. r. 1891 Nr. 17 i 18, jakoteż Podgórskiego i Harajewicza p. t. Przypadek połogowego rozmiękczenia kości i t. d. r. 1893 Nr. 2 i 3).

Winckel zwracając w końcu uwagę na przypadki, w których przy innem leczeniu i w szczególności przez zażywanie tranu z fosforem siedm razy na pewne nastąpiło wyleczenie, przychodzi do następujących wniosków:

1° trzebienie dopiero wtedy jest wskazanem, jeżeli dotąd używane środki zawiodły;

2° jeżeli cierpienie już zagraża życiu. (*Sammlung klinischer Vorträge 1893 Nr 71*). *Dr. Bogdanik.*

Fizyologia.

Herman Schlesinger: Przyczynek do fizyologii uczucia głodu.

Do podjęcia badań w celu wyjaśnienia uczucia głodu skłonił autora przypadek spostrzegany w klinice lekarskiej Schröttera w Wiedniu, tyczący się chorego z rozstrzenią żołądka, którego przez 3 tygodnie karmiono wyłącznie przez odbytnicę a który pomimo, że ciężar ciała jego przez czas ten niepomiernie wzrastał, skarżył się wciąż na nader przykre uczucie głodu.

Jak wiadomo, istnieją dwie teorye w celu wytłómaczenia przyczyny powstawania uczucia głodu. Jedna przypuszcza, że głód powstaje przez miejscowe zadrażnienie ścian żołądka wywołane brakiem treści żołądkowej (Haller, Beaumont, Vierordt, Weber i t. d.), zadrażnienie według jednych chemiczne, według innych mechaniczne; druga teorya (Ewald), obecnie przez większość fizyologów przyjęta, uważa głód jako uczucie ogólne, wywołane brakiem materyału odżywczego we krwi a zlokalizowanie tego uczucia w żołądku jest następstwem odśrodkowej projekcyi zmian powstających w centralnym układzie nerwowym.

Jeden szereg doświadczeń wykonał S. na 10 chorych, z których 2 dotkniętych było również rozstrzenią żołądka.

[1]) Mort rapide à la suite de la rupt. d'un anévrysme aort. latent. Schm. Jahrb. 1892.

Doświadczenia przeprowadzano w ten sposób, że gdy osoba badana podawała, że czuje mocny głód, dawano jej lawatywę odżywczą (250 grm. mleka, 2 jaja, kilka łyżek wina czerwonego i nieco soli kuch.) i uważano, jaki wpływ lawatywa miała na uczucie głodu. Wynik doświadczeń tych był następujący: w $^1/_2$—$1^1/_2$ godziny po podaniu lawatywy głód znacznie się zmniejszał, jednakże nie znikał prawie nigdy w zupełności. Z tego wypada, że wprowadzenie nawet obfitej ilości pokarmów do przewodu pokarmowego nie sprowadza uczucia zupełnego *nasycenia*, jeżeli ominiemy żołądek.

W drugim szeregu doświadczeń starał się S. wyjaśnić, czy usunięcie samego zadrażnienia żołądka wystarcza do pokonania uczucia głodu. Że nadmierna kwasota treści żołądkowej nie jest przyczyną głodu, dowiodły próby zobojętniania treści kwaśnej wodą wapienną, które wypadły ujemnie. Natomiast znieczulanie błony śluzowej żołądka kawałeczkami lodu, wodą chloroformową a szczególnie kokainą (0·02—0·03) znosiło uczucie głodu na czas krótki; głód powracał z chwilą ustania działania znieczulającego podanego środka. Ten szereg doświadczeń pouczył zatem autora, że przez znieczulenie błony śluzowej żołądka można uczucie głodu wprawdzie osłabić lub usunąć na czas znieczulenia, że jednak zupełnego zaspokojenia głodu tą drogą osiągnąć niepodobna.

W ostatniej wreszcie seryi doświadczeń, starał się S. połączyć obydwa powyżej opisane wpływy. Osoby badane żywiono wyłącznie przez odbytnicę a gdy po upływie $1^1/_2$ godziny od podania lawatywy uczucie głodu jeszcze się utrzymywało, zadawano po 0·02—0·03 chlorku kokainy w $^1/_2$% rozczynie wodnym. Na 30 tego rodzaju doświadczeń w 28 znikał głód w zupełności z chwilą, w której kokaina rozwinęła działanie znieczulające.

Wobec tego, że ani wyłączne żywienie przez odbytnicę, ani samo znieczulanie błony śluzowej żołądka nie jest w stanie usunąć uczucia głodu a kombinacya tych dwóch czynników głód skutecznie zaspakaja, wnosi autor, podobnie jak twierdzi Leo, że uczucie głodu składa się z dwóch wpływów, środkowego i obwodowego.

Pierwszy jest mocniejszy, podczas gdy uczucie głodu wywołane przez zadrażnienie nerwów błony śluzowej żołądka jest słabsze, osoby bowiem, które na przemian żywiono wyłącznie przez odbytnicę albo którym wyłącznie znieczulano błonę śluzową żołądka, skarżyły się w ostatnim przypadku na głód o wiele mocniejszy, niż w pierwszym. (*Wien. klin. Wochenschrift. 1893. Nr. 31).* *Dr. Beck.*

Patologia.

N. de Dominicis (z Neapolu): **O patogenezie cukrzycy.**

Wyniki otrzymane w najnowszych czasach z doświadczeń nad wycinaniem trzustki, wywołały wiele hipotez co do funkcyi tego narządu i jej związku z powstawaniem moczówki cukrowej. Autor od 1888 roku zajmując się tą sprawą, wykonał sto dwadzieścia kilka doświadczeń na zwierzętach, głównie psach, u których w rozmaity sposób usuwał całkowicie trzustkę, i na podstawie tak obfitego materyału krytykuje szczegółowo podane przez różnych autorów teorye powstawania *diabetes pancreaticus* i wysnuwa wreszcie swoją.

Ogólny rezultat wyników, do jakich doszli inni badacze, zarówno jak sam autor, streszcza w sposób następny:

1. Zwierzęta pozbawione trzustki bez wyjątku ulegają szybko ciężkiemu charłactwu, kończącemu się w krótkim czasie (do trzech miesięcy) śmiercią. Objawami, które tu występują, są: *polyphagia, polydipsia. polyuria, azoturia, phosphaturia, acetonuria* i porażenie tylnych kończyn; prawie zawsze zjawia się *glycosuria*, jednakże w kilku przypadkach D. jej nie spostrzegał, czem różni się od innych autorów, jak Minkowski, Hédon, którzy zjawienie się cukrzycy uważają za następstwo konieczne, tak iż nawet ostatni z nich twierdzi, że brak jej dowodzi niedokładności doświadczenia, mianowicie niezupełnego wycięcia trzustki.

2. Działanie niektórych środków, jak sacharyna i jodoform, zwiększając kilkakrotnie u takich zwierząt ilość moczu na dobę, nie zmniejsza wcale ilości w nim cukru; wprost przeciwnie działają sole miedziowe i węglan sodowy.

3. Cukroród (glikogen) nigdy nie znika zupełnie z wątroby zwierząt pozbawionych trzustki. Jeżeli takiemu psu do żyły szyjnej przelać nieco krwi z żyły wrotnej psa zupełnie zdrowego, ilość cukru w moczu wzrasta w dwójnasób.

4. Glikozurya nie bywa nigdy bez jednoczesnych: *azoturia* i *phosphaturia*, które występują zawsze, nawet w razie braku pierwszej. *Acetonuria* nie jest stała.

5. Z pomiędzy innych zmian najważniejsze są; zwyrodnienie zanikowe wątroby i rdzenia pacierzowego.

Większość zatem badaczów widzi ścisły związek pomiędzy brakiem trzustki a moczówką i zależność tę różnie stara się objaśnić. Teorye te dadzą się ugrupować w trzy kategorye:

a) Według jednych wytwarza trzustka dwojakiego rodzaju wydzielinę, mianowicie sok trawienny, który wlewa się do dwunastnicy, i oprócz tego swoisty pewien ferment, przechodzący bezpośrednio do krwi (Minkowski, Lépine, Hédon). Jest to według Minkowskiego czynnik sprawiający rozkład cukru w ustroju; w razie braku jego występuje cukrzyca. Pogląd ten odrzuca autor na podstawie swego doświadczenia, w którym otrzymał typową moczówkę po podwiązaniu przewodu Wirsunga i odłączeniu trzustki od dwunastnicy.

b) Według drugiej teoryi przyczyna cukrzycy tkwi tu w zmianach nerwowych, zależnych od operacyi wycięcia trzustki; co do tych jednakże wpływów nerwowych zapatrywania się są różne (Lancereaux, Cavazzi, Thiroloix). Bracia Cavazzi widzą istotę tej sprawy w zwiększaniu się produkcyi cukru przez wątrobę w zależności od zmian neuro-paralitycznych w zwoju wątrobowym wskutek uszkodzenia podczas wycinania trzustki.

c) Trzecie wreszcie przypuszczenie uważa moczówkę za następstwo ciężkich bardzo zboczeń w trawieniu kiszkowem, wywołanych brakiem soku trzustkowego. Zwolennikiem tego poglądu jest Cantani i sam autor. Teoryę swoją wywodzi on w sposób następny. Cukier w ustroju, jak wiadomo, wytwarzać się może zarówno kosztem peptonów krwi, jak i z rozkładu białka komórek; drugiem źródłem cukru jest glikogen, znajdujący się w cukrzycy w narządach nawet takich, które w stanie prawidłowym go nie zawierają; jest to zatem wytwór zmian degeneracyjnych w komórce, ciało przejściowe, dające się przeprowadzić w cukier.

Podstawą zatem patogenezy moczówki cukrowej według Dominicisa jest wątłość komórek i łatwość rozkładu ich składników. Stan taki jest następstwem zboczeń w odżywianiu tkanek ustroju z powodu zniesienia czynności trzustki, tak niezbędnej do trawienia. Wobec tego, że cukromocz występuje niezależnie od rodzaju przyjmowanego pokarmu a nawet przy zupełnem jego wstrzymaniu, cukier ten jest wytworem pierwocin tkanki wskutek nieprawidłowego rozszczepienia białka. Bezpośrednim czynnikiem w tej sprawie jest trujące działanie substancyj, patologicznie wytwarzanych w kiszkach w braku soku trzustkowego, co zwie autor *empoisonnement positif*, lub też wytwór nieprawidłowego przebiegu przemiany materyi w braku substancyj odżywiających, *empoisonnement négatif*. Rzecz prosta, nie można odrzucać w sprawie tej wpływu nerwowego, lecz nie ma on znaczenia pierwszorzędnego. Takie tłómaczenie zdaniem autora nie zostaje w sprzeczności z danemi klinicznemi i doświadczalnemi i może zadawalniająco je objaśnić. (*Arch. de médecine experim. et d'anat. pathologique. T. V. Nr. 4*). *Dr. Kryński.*

Notatki terapeutyczne.

Maść na oparzeliny:

100) Rp. *Europheni* 3·00
Olei olivarum 7·00
Lanolini 30·00
Vaselini 60·00
MDS. Zewnętrznie.

Na oparzenia u dzieci zaleca Wertheimer;

101) *Aquae calcis*
Olei amygdalarum dulcium
ãã 50·00
Thymoli *0·05—0·10*
MDS. Zewnętrznie.
lub

102) Rp. *Magisterii bismuthi* *2·00*
Acidi borici *4·50*
Lanolini *70·00*
Olei olivarum *20·00*
MDS. Zewnętrznie.

IV. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

IX. Prof. Obaliński: Przedstawienie chorej po resekcyi stopy, dokonanej według własnej metody.

Chora, którą prof. Obaliński przedstawia, dwudziestokilkoletnia kobieta, była operowana przed dwoma laty; usunięto prawie całą kość skokową (*talus*), kość czółenkowatą (*os naviculare*), sześcienną (*cuboideum*) w znacznej części, dwie kości klinowate (*ossa cuneiformia*) i jedną podstawę śródstopia (*metatarsus*), prócz tego wyskrobano wiele ognisk gruźliczych. Pomimo to chora chodzi zupełnie dobrze (demonstracya), zniekształcenie nogi jest stósunkowo niewielkie a blizna na podeszwie nie przeszkadza do chodzenia; ustawienie nogi jest tylko niezupełnie prawidłowe, po operacyi powstała nieznaczna stopa szpotawa (*pes varus*).

Dr. Schramm (ze Lwowa) operował 2 przypadki metodą prof. Obalińskiego i jest zupełnie zadowolony z tej metody operacyjnej pod względem łatwości przystępu do części stawu; o wyniku leczniczym nic jeszcze donieść nie może, gdyż operacye te wykonał dopiero niedawno.

Prof. Rydygier zwraca uwagę, że blizna na podeszwie nie przeszkadza zupełnie do chodzenia.

Dr. Ziembicki (ze Lwowa) zapytuje się, jakie mianowicie przypadki najbardziej nadają się do operacyi metodą prof. Obalińskiego.

Prof. Obaliński oświadcza, że chcąc odpowiedzieć na pytanie Dra Ziembickiego musiałby dokładnie rozejrzeć się w przypadkach operowanych daną metodą, chwilowo zaś nie pamięta szczegółowo wszystkich tych przypadków; wogóle tylko tyle może tymczasem powiedzieć, że metoda jego nadaje się najbardziej do tych przypadków, w których cierpienie rozwinęło się przeważnie ku dołowi, t. j. gdzie kości podudzia nie są zajęte.

X. Dr. Klecki (z Krakowa): O wykluczaniu pętli jelitowych (z demonstracyą).

Dr. Klecki wykonał w celach fizyologicznych a mianowicie w celu wyświecenia kwestyi powstawania kału, szereg doświadczeń, w których posługiwał się jako sposobem pomocniczym metodą operacyjną, jaka ostatnimi czasy znalazła zastósowanie w chirurgii. Operacyą tą było wykluczanie pętli jelitowych, czyli ich eliminacya (*Darmausschaltung*). Jest kilka sposobów, za pomocą których można wykluczyć pętlę jelitową. Po przecięciu ściany jelita w dwóch miejscach i złączeniu zwykłym szwem jelitowym pętli doprowadzającej z odprowadzającą, można albo obydwa końce pętli wykluczonej, t. j. części jelita, znajdującego się między dwoma pierwszemi cięciami a pozostającego w prawidłowym związku z kreską, wszyć do rany powłok brzusznych (na wzór przetoki Velli), albo też jeden z tych końców wszyć do rany brzusznej (na wzór przetoki Thirego), drugi zaś koniec zaszyć. Można także połączyć szwem jelitowym obadwa końce wykluczonego jelita, tworząc w ten sposób zamknięty pierścień jelitowy i pierścień ten zapuścić do jamy brzusznej; wreszcie można zaszyć obadwa końce wykluczonego jelita i również zapuścić do jamy brzusznej. Operacyę wykluczenia jelita wykonano na ludziach dotychczas 3 razy; są to przypadki Hochennega, Franka i Eiselsberga, w których przystąpiono do operacyi z powodu cierpienia kiszki ślepej. Salzer, który wykonał znaczną ilość doświadczeń nad wykluczaniem pętli jelitowych, podaje cały szereg wskazań dla tej operacyi; można jednak sprowadzić wszystkie te wskazania do jednego ogólnego a mianowicie wykluczenie chorobowo zmienionej pętli jelitowej jest wskazanem w tych przypadkach, w których wycięcie jej (*resectio*) jest niemożebnem z jakiegobądź powodu (głównie wskutek mocnych zrostów po chorobach zapalnych); jak wiadomo, w przypadkach takich wykonywano dotychczas enteroanastomozę,

We wszystkich powyżej przytoczonych przypadkach operowano w ten sposób, że jeden lub obadwa końce wykluczonego jelita wszywano do rany powłok brzusznych; jedynie Eiselsberg zaszył obadwa końce jelita, jednak i w tym przypadku światło jelita komunikowało ze światem zewnętrznym przez naturalną przetokę. Nie odważono się zapuścić zaszytej na końcach, wykluczonej pętli jelitowej do jamy brzusznej z następującego powodu: królewiecki fizyolog Hermann wykazał doświadczalnie na psach, że wykluczone jelito wydziela nader znaczną ilość substancyi, zbliżonej bardzo do kału a ztąd wniósł, że w powstawaniu kału w niewiadomych okolicznościach wydzielina ściany jelita poważną gra rolę. Obawiano się więc przy operacyach na człowieku nagromadzenia się w wykluczonej pętli owej treści, która łatwo mogłaby spowodować pęknięcie jelita. Uczniowie Hermanna (Blitstein i Ehrenthal) otrzymali podobne wyniki, Berenstein zaś, który przed zaszyciem wykluczonej pętli desinfekcyonował wnętrze jelita, otrzymywał w niem po stosunkowo niedługim czasie (kilku dniach) niewielką ilość zbitej, szarawej lub żółtawej masy, złożonej przeważnie ze złuszczonych przybłonków; najczęściej masa ta leżała na błonie śluzowej w postaci nalotu. Doświadczenia te potwierdzały zapatrywanie się Hermanna, że złuszczone i rozpadłe przybłonki i wogóle fizyologiczna wydzielina ściany jelita stanowi główną część kału czyli ekskrementów. Podobne doświadczenia robili także w ostatnich czasach chirurdzy Salzer, Reichel i Eiselsberg; prawie we wszystkich doświadczeniach otrzymywano w wykluczonych pętlach znaczną ilość treści płynnej lub stałej oraz nagromadzenie się gazów. Wyniki doświadczeń wszystkich badaczy były więc w głównych zarysach mniej więcej ze sobą zgodne; zapatrywania się fizyologów na naturę kału musiały się więc odpowiednio zmienić. Przed niedawnym jeszcze czasem uważano kał za masę, złożoną przeważnie z resztek niestrawionych pokarmów; później, gdy zaczęto badać kał mikroskopowo, a na tem polu Nothnagel położył największe zasługi, doszli badacze do wniosku, że kał stanowią przeważnie drobnoustroje; obecnie zaś wobec doświadczeń Hermanna i jego uczniów uważanym jest kał za produkt, którego głównem podłożem jest fizyologiczna wydzielina kiszek. Oczywiście chodzi tu głównie o stosunki ilościowe, boć nie ulega wątpliwości, że wszystkie 3 przytoczone składniki biorą udział w wytworzeniu tych mas, które jako ekskrementa ustrój opuszczają.

Rozpatrując się krytycznie w szczegółach doświadczeń, na których oparto twierdzenie, że w powstawaniu kału fizyologiczna wydzielina kiszek ilościowo tak poważną gra rolę, oraz wyniki tych doświadczeń, dochodzi się do wniosku, że doświadczenia te bynajmniej nie są przekonywające: przedewszystkiem sama metoda wykluczania pętli jelitowych w celu stwierdzenia faktów fizyologicznych nie jest zupełnie wolną od zarzutu, gdyż warunki pętli wykluczonej nie zupełnie odpowiadają okolicznościom, w jakich się znajduje jelito prawidłowe (mechaniczne i chemiczne działanie miazgi pokarmowej na błonę śluzową, bakterye, ruch robaczkowy i t. d.). Dalej doświadczeń, z których wysnuto przytoczone wnioski, jest bardzo niewiele: każdy autor opierał się na kilku zaledwo doświadczeniach: jeden? Salzer zrobił ich przeszło sześćdziesiąt, publikuje jednak tylko 42 i w rezultacie dochodzi do wniosku, że wykluczając na czło

wieku pętlę jelitową, nie należy zbytnio obawiać się owego nagromadzenia się treści w świetle kiszki. Bodaj najgłówniejszym zarzutem, jaki można zrobić dotychczasowym doświadczeniom jest to, że zwracano uwagę prawie wyłącznie na treść wykluczonej pętli, nie uwzględniając albo też uwzględniając za mało inne okoliczności, mające stanowczo znaczny wpływ na zachowanie się owej treści. Np. zapisywano wprawdzie zmiany zaszłe w ścianie jelita wykluczonego, nie liczono się jednak z temi zmianami; wskutek tego częstokroć przyczynę brano za skutek i przenoszono do fizyologii fakta patologiczne. Wśród dotychczasowych doświadczeń prawie że nie ma takich, w którychby po wykluczeniu pętli jelitowej zabito zwierzę prawidłowe, któreby nie miało zapalenia otrzewnej, *sepsis* i którego jelito wykluczone nie byłoby znacznie zmienionem. Sposób zaś użyty przez Berensteina w celu desinfekcyi światła jelita a polegający na wycieraniu błony śluzowej watą zmoczoną rozczynem sublimatu 1:2000 oraz przemywaniu 3% kwasem borowym nie mógł być obojętnym dla tej błony, należącej do najdelikatniejszych pod względem budowy anatomicznej; trudno pogodzić się z twierdzeniem tego autora, że obraz mikroskopowy błony śluzowej, oczyszczonej w powyższy sposób, przedstawiał się zupełnie prawidłowo; Berenstein twierdzi, że w treści wykluczonych i zdesinfekcyonowanych pętli jelitowych bakteryj nie było, gdyż nie mógł wykazać ich w barwionych preparatach mikroskopowych; hodowli jednak z treści tej nie zakładał.

Dr. Klecki, przystępując do pracy niniejszej, zamierzał zbadać zachowanie się treści w pętlach wykluczonych, w których działanie bakteryj byłoby zniesione, a więc zachowanie się fizyologicznej wydzieliny ściany jelita. W tym celu należało światło jelita zdesinfekcyonować odpowiednio. Samo przemywanie płynami obojętnemi nawet w bardzo wielkich ilościach okazało się zupełnie niedostatecznem; trzeba więc było użyć jakiegoś płynu przeciwgnilnego; wybór był bardzo trudnym z tego powodu, że zależało równocześnie na zachowaniu błony śluzowej w stanie prawidłowym. Prof. Cybulski poddał Drowi Kleckiemu myśl użycia do przepłukiwania pętli wykluczonych sztucznego soku żołądkowego; próba wypadła pomyślnie, sposobu tego użyto więc we wszystkich doświadczeniach. Własności przeciwgnilne soku żołądkowego polegają wyłącznie na działaniu zawartego w nim kwasu solnego. Pepsyna nie gra tu żadnej roli; używając pomimo to nie rozczynu czystego kwasu solnego, ale sztucznego soku żołądkowego miał Dr. Klecki na myśli ten wzgląd, by operować płynem bardziej zbliżonym do płynu fizyologicznego. Doświadczenia robiono na psach. Sok żołądkowy psów zawiera mniej więcej 3‰ HCl. Dr. Klecki używał zaś sztucznego soku żołądkowego, zawierającego 1·5‰ kwasu solnego. Wiadomo, że wiele drobnoustrojów, zamieszkujących przewód pokarmowy, doskonale znosi działanie soku żołądkowego; to też w żadnem doświadczeniu nie udało się usunąć zupełnie bakteryj ze światła wykluczonej pętli; w treści, otrzymanej w każdem doświadczeniu, można było wykazać istnienie ich mikroskopowo a można było przekonać się przez hodowle, że twory te żyją i nie utraciły zdolności rozrodczej. (Demonstracya kilku czystych hodowli). A jednakowoż w doświadczeniach udanych bakterye te nie wywoływały w wykluczonych pętlach jelitowych żadnych spraw gnilnych, dających się stwierdzić za pomocą wzroku i powonienia; było ich w treści jelita znacznie mniej, aniżeli w prawidłowym kale.

Doświadczenia operacyjne wykonywano w sposób następujący: dwoma cięciami przez ścianę jelita wykluczano z ciągłości przewodu pokarmowego krótką pętlę, zwykle około 10 cm. długości mającą; oczywiście nie naruszano jej połączenia z kreską. Pętlę doprowadzającą łączono dwupiętrowym szwem Czernego z pętlą odprowadzającą, pętlę zaś wykluczoną przepłukiwano najpierw wielkiemi ilościami (6—8 litrów) 3% kwasu borowego a następnie 3 litrami soku żołądkowego (zawierającego 1·5‰ HCl). W ostatnich doświadczeniach przepłukiwano z początku wykluczoną pętlą nadto 3 litrami 1% rozczynu sody. Wszystkie te płyny były poprzednio ogrzane mniej więcej do ciepłoty ciała. Po przepłukaniu zaszywano obadwa końca wykluczonej pętli, zapuszczano ją do jamy brzusznej, zaszywano ranę brzuszną oraz zakładano zwykły kliniczny opatrunek aseptyczny. Wszystkie operacye (z wyjątkiem jednej antyseptycznej) wykonano zupełnie aseptycznie.

Dr Klecki wykonał 22 takich doświadczeń, chcąc zbadać treść nagromadzoną w wykluczonych pętlach przez różny przeciąg czasu; jako warunek udanego doświadczenia położył sobie jednak, by zwierzęta przez cały czas po operacyi aż do śmierci były zupełnie normalne, t. j. nie przechodziły zapalenia otrzewnej, *sepsis*, i co najważniejsza, by pętla wykluczona przez czas ten pozostawała, o ile można, prawidłową, t. j. nie podlegała żadnym zmianom patologicznym. Z 22 doświadczeń Dr. Klecki może przedstawić zaledwo 3 takie, które postawionym warunkom w zupełności odpowiadają. Jest to liczba na pozór bardzo niewielka, można się jednakowoż na doświadczeniach tych oprzeć z tego powodu, że są one wobec postawionych przez autora postulatów zupełnie bez zarzutu, czego bynajmniej nie można powiedzieć o doświadczeniach Hermanna i jego uczniów. Salzerowi, profesorowi chirurgii, udało się na 60 operowanych psów utrzymać zaledwo dwóch przy życiu przez czas dłuższy (kilka miesięcy).

Dr. Klecki robił swoje doświadczenia w okolicznościach najlepszych, bo korzystał z całego aparatu aseptycznego kliniki chirurgicznej, za co wyraża podziękowanie prof. Rydygierowi. Tymczasem wyniki operacyjne były nieszczególne. Przyczyna tych niepomyślnych wyników leży w samej operacyi: wskutek bliskiego sąsiedztwa miejsca szwu jelitowego z pętlą wykluczoną oraz sterczenia obydwu zaszytych końców pętli wykluczonej zrosty otrzewnowe powstają w tej okolicy nader łatwo a są one u psów bardzo mocne. Zrosty te sprawiają, że najczęściej już po kilku dniach pętle jelitowe w okolicy poprzedniego pola operacyjnego są tak silnie ze sobą pozlepiane, że trzeba preparować bardzo długo, by wydobyć nienaruszoną pętlę wykluczoną oraz odsłonić miejsce szwu; nadto powstaje wiele załamań jelita, sprowadzających często śmierć zwierzęcia. Najszkodliwszymi zaś dla wyniku operacyjnego są te zrosty, które zaciskają naczynia krezkowe pętli wykluczonej i które wywołują w ścianie jelita wiadome zmiany.

Dr. Klecki przytacza na tem miejscu kilka szczegółów z niektórych swoich doświadczeń charakterystycznych pod tym względem. Bliższe szczegóły wyż wspomnianych 3-ch „czystych“ doświadczeń są następujące: 1-go psa zabito po upływie 68 dni po operacyi, 2-go po upływie 46 dni, 3-ci zaś pies zginął na włóknikowe zapalenie płuc po upływie dwudziestu kilku godzin po operacyi, t. j. w czasie, w którym należało oczekiwać najobfitszej treści, gdyż błona śuzowa, podrażniona przez obfite płukanie, wydziela niewątpliwie najwięcej w ciągu pierwszych 24 godzin po operacyi. U wszystkich tych 3-ch psów znaleziono w wykluczonych pętlach stosunkowo bardzo nieznaczną ilość treści: u 1-go 1·67 grama żółtawej, lepkiej, ciągnącej się masy o konsystencyi wosku, u 2 go 4·5 cm. cz. żółtego gęstego płynu, u 3-go 2·5 grama żółtawej śluzowatej masy, miększej, aniżeli u psa 1-go. Mikroskopowo znaleziono w treści tej złuszczone przybłonki, drobiny rozpadowe (*detritus*), czasami kryształy i wiele bakteryj; chemicznie zaś białko w niewielkiej ilości, pepton, mucynę, cholestearynę (niestale), tłuszcze, kwasy tłuszczowe wolne (masłowy przeważnie), leucynę. Ściana jelita wykluczonego zachowała w najdrobniejszych szczegółach budowę prawidłową.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wiadomości bieżące.

— Sprawy usuwania z miast odpadków gospodarczych i śmieci tak domowych jak ulicznych dotychczas jeszcze nie rozwiązano w sposób odpowiadający zarówno względom sanitarnym, jak i ekonomicznym. Dlatego z ciekawością trzeba

oczekiwać rezultatu próby, jaką zamierza zrobić władza miejska jednej z dzielnic londyńskich, która zamyśla palić odpadki gospodarcze i śmiecie i ciepła w ten sposób wywiązanego użyć do wytwarzania elektryczności, mającej służyć do oświecania. Piece mają być tak urządzone, by w razie braku śmieci lub wielkiej (n. p. w czasie mgły) potrzeby światła elektrycznego mogły służyć do palenia także węglem.

— Barbarzyństwem, niegodnem państwa cywilizowanego, jakiem są niewątpliwie Stany Zjednoczone Ameryki północnej, nazwać trzeba upieranie się po tylu nadzwyczaj przykrych doświadczeniach przy używaniu elektryczności do tracenia zbrodniarzy. Ktokolwiek rozumie nieco prawa fizyczne, których się trzyma elektryczność w przepływie swym przez ustrój ludzki i zwierzęcy, kto wie, iż elektryczność w drodze swej między biegunami przyłożonemi do ciała rozdziela się na mnóstwo gałązek o nadzwyczaj różnej a ściśle oznaczyć się nie dającej mocy, kto się zastanowi nad tem, iż i piorun, mimo tego, że napięcie w nim elektryczności (według przybliżonego ocenienia) wynosi kilka milionów wolt, nie zawsze, jak wiadomo powszechnie, zabija, ten śmierć w jednej chwili skazanego przez użycie w tym celu prądu elektrycznego nazwać musi w znacznej części po prostu przypadkiem a procedurę całą podczas tracenia powolną i zawiłą a tem samem i okrutną. Wykonanie jednak wyroku śmierci w dniu 27. lipca r. b. w Auburn za pomocą prądu elektrycznego przewyższyło swą grozą wszystko, co dotąd obserwowano podczas tracenia elektrycznością. Pod wpływem wstrząśnienia od elektryczności całego ciała złamał się stołek, do którego przywiązany był skazany tak, iż ten upadł na twarz wydając straszliwe jęki. Ponieważ maszyna dynamoelektryczna nie mogła dalej funkcyonować, musieli lekarze obecni przy egzekucyi przez 69 minut(!) odurzać skazanego chloroformem i podskórnemi wstrzykiwaniami morfiny, dopóki nie zdołano biegunów przeznaczonych do wykonania wyroku połączyć należycie z przewodami zakładu służącego do oświetlania miasta elektrycznością, poczem dopiero dokończono tej straszliwej egzekucyi.

— Pierwszy kongres samarytański międzynarodowy, który miał się odbyć w Wiedniu we wrześniu r. b., odłożono z powodu niepomyślnego stanu zdrowia publicznego w Europie do roku przyszłego.

— Ze zestawienia zrobionego przez Wirgiliusza Rossiego wypada na podstawie wyroków wydanych przez włoskie sądy przysięgłych w latach 1880—1888, iż między trucicielami było 53·12% mężczyzn a 46·88% kobiet. W wymienionych latach dziewięciu skazano 53619 mężczyzn a 3172 kobiet. Na 1000 skazanych mężczyzn przypada 1·26 truciciele a na 1000 skazanych kobiet 18·91 trucicielek, co zasługuje na uwagę kryminalistów i psychologów. Na 100 trutych kobiet udała się zbrodnia 48·34 razy, nie udała zaś 51·66; takież liczby dla mężczyzn są 44·12 i 55·88. Mała ta zresztą różnica, jeżeli nie jest przypadkowa, przemawia albo za silniejszą na trucizny odpornością mężczyzn albo większą z ich strony przezornością.

— Lekarz przyboczny księcia Walii, Dr. W. H. Broadbent, otrzymał od królowej angielskiej godność baroneta.

— Ministerstwo rolnictwa w Prusiech wyznacza nagrodę w kwocie 3000 marek za wykrycie nieznanego dotychczas przyrzutu zarazy pyskowej i racicowej.

Do piśmiennego przedstawienia należy dołączyć odpowiednie dowody, jak preparaty mikroskopowe, hodowle, protokóły doświadczeń i t. d.

Rozprawę konkursową napisaną czytelnie w języku niemieckim i opatrzoną godłem w sposób ogólnie przyjęty należy przesłać najpóźniej do 30. czerwca 1894 roku do królewskiej technicznej deputacyi weterynarskiej w ministerstwie rolnictwa w Berlinie.

Przyznanie nagrody nastąpi 1. stycznia 1895 r.

— **Cholera**. Epidemia obejmuje coraz nowe obszary we wszystkich prawie państwach środkowej i południowej Europy nie występując jednak dotychczas nigdzie gwałtownie. W Galicyi pojawia się cholera w powiatach nadworniańskim, kołomyjskim, śniatyńskim, horodeńskim, sokalskim i limanowskim a z miast większych w Kołomyi. W powiecie brzeskim nie przybywa nic chorych; ci którzy są, są na drodze do wyzdrowienia; zdaje się przeto, iż epidemię w tym powiecie zniszczono w samym zarodku. Na Węgrzech zajętych jest dużo komitatów przeważnie w stronie północno-wschodniej kraju. W Rosyi europejskiej pojawia się cholera najczęściej na Podolu, dalej w guberniach grodzieńskiej, kurskiej, bessarabskiej. W ostatnich dniach donoszą o pojawieniu się cholery w mieście Kole w gubernii kaliskiej a w gubernii łomżyskiej w mieście Łomży, w Mazowiecku i w Czyżewie. Całe cesarstwo niemieckie jest do tej chwili wolne od zarazy, bo trzy przypadki w Berlinie i jeden w Donaueschingen w W. Kstwie badeńskiem u studenta przybyłego z Marsylii pozostały zupełnie odosobnione. W południowej Francyi epidemia utrzymuje się ciągle. We Włoszech zajętych jest kilka miejscowości na północy, tudzież na południu Neapol i okolice. W Neapolu, gdzie w roku 1884 występowała tak niezwykle gwałtownie, jest dotychczas cholera bardzo łagodna, co, jeżeli się i nadal tak utrzyma, będzie dowodem skuteczności wielkich robót asanacyjnych w tem mieście a mianowicie zaprowadzenia dobrych wodociągów.

— **Nekrologia**. Zmarli: Dr. J. Zieliński, lekarz gubernialny tyfliski, w d. 25. lipca skutkiem spadnięcia ze znacznej wysokości w górach w pobliżu Tyflisu; prof. Dr. Cramer, psychiatra, w Marburgu w Niemczech w 62. roku życia; prof. Dr. Sommerbrodt we Wrocławiu, znany w całym świecie lekarskim przez swą pracę i zasługi koło wprowadzenia kreozotu do leczenia gruźlicy; w Paryżu Dr. Blanche, psychiatra i właściciel prywatnego zakładu dla chorób umysłowych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.